

Domanda di iscrizione Organismi

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione "Rete per la Parità APS"
segreteria.reteperlaparita@gmail.com

La/il sottoscritta/o.....nome.....cognome.....,
nata/o a....., provincia di, professione.....,
residente in provincia..., via.....n...., cap.....,
codice fiscale....., tel....., cell.....,
indirizzo di posta elettronica.....
rappresentante dell'Organismo
con sede in....., codice fiscale o partita IVA.....
indirizzo di posta elettronica
Sito internet.....

Il/la sottoscritta dichiara che, dopo aver preso visione dello Statuto della Rete per la Parità APS, pubblicato sul sito www.reteperlaparita.it, condividendone gli scopi l'Organismo ha deliberato in data..... di associarsi e di impegnarsi ad osservare il predetto Statuto e gli eventuali Regolamenti.

Chiede pertanto che il predetto Organismo si associ per l'anno in corso e s'impegna a versare la quota annuale di euro 100 (cento) relativa all'anno in corso mediante una delle seguenti modalità:

- Bonifico in data..... sul conto intestato alla Rete per la Parità APS, presso BANCA SELLA, Piazza Santa Emerenziana 13/14/15, 0199 Roma - IBAN IT36R0326803212052896354321;
- Pay pal (inserire il codice transazione).

La/il sottoscritta/o dichiara di essere incensurata/o.

Firma _____

La/il sottoscritta/o autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità dell'associazione Rete per la Parità APS, ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma _____

_____ li _____